

دکتر سالار فرامرزی*^۱، دکتر امیر قمرانی^۲، مریم شریعتی^۳

تاریخ دریافت: ۹۰/۰۷/۰۱ تاریخ پذیرش: ۹۰/۰۸/۰۲

پیش زمینه و هدف: پژوهش حاضر، با هدف بررسی و مقایسه میزان شیوع و فراوانی اختلالات رفتاری در بین دانش آموزان دوره متوسطه منطقه بستان آباد با توجه به جنسیت، رشته تحصیلی و محل سکونت انجام گرفت.

مواد و روش کار: روش پژوهش از نوع توصیفی - مقطعی بوده است که بدین منظور با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای نسبتی (سه‌مری) تعداد ۳۸۴ نفر از دانش‌آموزان در پژوهش شرکت داده شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس مشکلات رفتاری آشنای (YSR) که از روایی و اعتبار خوبی برخوردار است، جمع‌آوری و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (آزمون t) تجزیه و تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که در بین کلیه دانش آموزان مقطع متوسطه بستان آباد، اختلالات رفتار پرخاشگرانه با میانگین ۲۴/۵۴ و انحراف معیار ۵/۱۹ از بیشترین میزان شیوع و اختلال شکایات جسمانی با میانگین ۹/۲۲ و انحراف معیار ۲/۲۴ از کم‌ترین میزان شیوع برخوردار می‌باشد. همچنین میزان شیوع اختلال گوشه گیری / افسردگی و سایر مشکلات (شامل ؛ ترس از مدرسه، ناخن جویدن، کابوس و...) به طور معنی‌داری در دختران بیشتر از پسران بوده (p≤0/05) و (p≤0/01)، و رفتار قانون شکنی به طور معنی‌داری در پسران بیشتر از دختران بوده (p≤0/05) است. ضمن اینکه میزان شیوع اختلال رفتاری گوشه گیری / افسردگی و رفتار پرخاشگرانه در دانش آموزان شهری به طور معنی‌داری بیشتر از دانش آموزان روستایی بوده (p≤0/05) است. بین دانش آموزان رشته‌های تحصیلی (نظری و مهارتی) هیچ گونه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: با نتایج بدست آمده می توان در راستای کمک به بهداشت روانی دانش آموزان، برنامه ریزی و اقدام به موقع انجام داد.

کلید واژه‌ها: اختلالات رفتاری، میزان شیوع، دانش آموزان دوره متوسطه، بستان آباد

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و دوم، شماره پنجم، ص ۴۴۸-۴۳۹، آذر و دی ۱۳۹۰

آدرس مکاتبه: اصفهان، میدان آزادی، هزار جریب، دانشگاه اصفهان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی تلفن: ۰۹۱۳۳۱۶۲۹۷۵

Email: s.faramarzi@edu.ui.ac.ir

این پژوهش با حمایت مالی سازمان آموزش و پرورش استان آذربایجان شرقی انجام گرفته است.

تقریباً تمام متخصصین روانشناسی و علوم تربیتی بر این باورند که دوره نوجوانی، حساس‌ترین، بحرانی‌ترین و مهم‌ترین دوره رشد هر انسان می‌باشد. در این دوره، فرد به بلوغ می‌رسد، در پی کشف هویت خود است و به دنبال استقلال و جدایی از وابستگی‌های دوره کودکی است. به همین دلایل، در این دوره، نوجوانان دارای وضعیت باثباتی نیستند و معمولاً بیشترین

مشکلات رفتاری را تجربه می‌کنند (۱).

نوجوانان به دلیل تجربه اندک و مهارت‌های سازگاری کم، آمادگی بیشتری برای پرداختن به رفتارهای ضد اجتماعی و پرخطر مانند؛ دزدی، فرار از خانه و مدرسه، سوء مصرف مواد (۲)، کشیدن سیگار، مصرف دارو و الکل، داشتن رابطه جنسی ناسالم و... را دارند (۳).

^۱ استادیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان

^۲ استادیار گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان

۳ کارشناس، ارشد روانشناسی، عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

با توجه به چالش‌های دوره نوجوانی، شگفت آور نیست که نوجوانان به عنوان گروه در معرض خطر برای اختلالات رفتاری در نظر گرفته شده‌اند (۴).

اختلالات رفتاری، اختلالات شایع و ناتوان کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان و نوجوانان مشکلات بسیاری را ایجاد می‌کند (۵). محققان دریافته‌اند که اختلالات رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های آغازین دوره ابتدائی مشاهده می‌شود و بین سنین ۸ تا ۱۵ سالگی به اوج خود می‌رسد. اختلالات رفتاری به طور قابل ملاحظه‌ای بر عملکرد تحصیلی و حرفه‌ای کودکان و نوجوانان تأثیر منفی می‌گذارد و احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی را در دوره‌ی بزرگسالی افزایش می‌دهد (۶). اختلالات رفتاری همچنین احتمال ابتلای افراد به سوء مصرف مواد، فعالیت‌های بزهکارانه، اختلالات اضطرابی و خلقی، ناتوانی یادگیری، اختلالات عصب روان‌شناختی و اختلال شخصیت مرزی را افزایش می‌دهد (۷).

در همین راستا، اسمت و راتر (۱۹۹۸) گزارش کرده‌اند که از سال ۱۹۴۵ به بعد اختلالات رفتاری در نوجوانان و جوانان شیوع بیشتری یافته است (۸). میچل و کرولی (۲۰۰۲) نیز با مروری بر پژوهش‌های انجام شده، بیان می‌کنند میزان شیوع افسردگی در بین نوجوانان و جوانان، همچنان در حال افزایش می‌باشد (۹).

دیمارکو و ملینک (۲۰۰۹) معتقدند مطالعات همه گیر شناسی به منظور شناسایی مشکلات روانی و رفتاری نوجوانان نسبت به بزرگسالان، اهمیت بیشتری دارد (۱۰). جدیدترین گزارش سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که بین ۱۰ تا ۲۰ درصد از نوجوانان کشورهای اروپایی یک یا چند اختلال رفتاری دارند (۱۱). در ایران نیز در پژوهش انیسی و همکاران (۱۳۸۶) که به منظور بررسی مشکلات رفتاری نوجوانان دختر در ۱۰ استان کشور انجام شد، مشخص گردید که میانگین مشکلات رفتاری نوجوانان در قیاس با سایر گروه‌های سنی بالاتر می‌باشد (۱۲).

علی‌رغم اهمیت و ضرورت ارزیابی مشکلات رفتاری نوجوانان، مطالعات انجام شده در کشور ما به بررسی مشکلات رفتاری دانش آموزان دبستانی و مناطق و استان‌های خاص پرداخته‌اند (۱۳، ۱۴، ۱۵).

در پژوهش‌های انجام گرفته در داخل کشور، میزان شیوع اختلالات رفتاری در بین دانش آموزان دوره ابتدایی متفاوت گزارش شده است؛ براین اساس، میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش آموزان مناطق مختلف کشور ۵/۵ درصد (۱۶)، ۱۰/۲ درصد (۱۵)، ۱۳/۲ درصد (۱۴) و ۱۶/۸۴ درصد (۱۳) نیز گزارش شده است.

در مجموع، مرور پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور نشان می‌دهد که مطالعات همه گیر شناسی اختلالات رفتاری، بیشتر در جمعیت کودکان دبستانی انجام شده و معدود مطالعات انجام شده بر روی نوجوانان نیز، محدود به یک گروه خاص (مثلاً دختران) می‌باشد و در خصوص میزان شیوع و فراوانی اختلالات رفتاری نوجوانان سایر مناطق کشور، آماری در دست نیست.

مرور پژوهش‌های انجام شده پیرامون همه گیر شناسی اختلالات رفتاری در خارج کشور، گویای آنست که میزان شیوع اختلالات رفتاری در بین نوجوانان بنگلادشی، ۱۳/۴ درصد (۱۷)، نوجوانان آلمانی، ۱۱/۹ درصد (۱۲) و نوجوانان آمریکایی، ۸/۶ درصد (۱۸) می‌باشد.

بررسی پژوهش‌های انجام شده همچنین حکایت از تفاوت پسران و دختران به لحاظ انواع اختلالات رفتاری دارد. در این راستا مشخص شده است که در پسران اختلالات رفتاری بیشتر از نوع؛ پرخاشگری، قلدری، رفتارهای قانون شکنی، رفتارهای مخرب، اختلالات سلوک، فرار از مدرسه، بزه کاری و در کل مشکلات برونی سازی، می‌باشد. در حالی که در دختران، اختلالاتی نظیر افسردگی، اضطراب، گوشه گیری، گریه کردن، خودکشی و در کل اختلالات درونی سازی، شایع‌تر می‌باشند (۲۵-۱۹).

علاوه بر موارد فوق‌الذکر، نتایج برخی از پژوهش‌ها حکایت از تفاوت مشکلات رفتاری نوجوانان شهری و روستایی دارند. در این راستا، مشخص شده است که در نوجوانان شهری در مقایسه با نوجوانان روستایی، احتمال مشکلاتی نظیر، اختلالات سلوک، مصرف الکل، سیگار و رفتارهای پرخطر جنسی، بیشتری باشد (۲۶، ۲۷).

در مجموع و بر اساس نتایج پژوهش‌های انجام شده، می‌توان گفت که مشکلات رفتاری دانش آموزان، تمام جنبه‌های فردی و اجتماعی زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده و لذا توجه به آن، اهمیت و ضرورتی انکار ناپذیر می‌یابد. در این راستا، هرگونه تلاشی که در راستای شناسایی، تشخیص، پیشگیری و درمان مشکلات رفتاری دانش آموزان صورت گیرد، ارزشمند بوده و می‌تواند راهبردهای مهمی برای مراکز آموزشی، پرورشی، بهداشتی و درمانی به همراه داشته باشد. در این راستا، مسئله اصلی پژوهش حاضر به شرح ذیل می‌باشد:

میزان شیوع و فراوانی انواع اختلالات رفتاری در دانش آموزان دوره متوسطه منطقه بستان آباد با توجه به جنسیت، رشته تحصیلی و محل سکونت چگونه است؟

در راستای هدف فوق، سوالات زیر مورد بررسی قرار گرفت:

۱- میزان شیوع انواع اختلالات رفتاری در دانش آموزان منطقه بستان آباد چگونه است؟

۲- آیا بین دانش آموزان دختر و پسر به لحاظ انواع اختلالات رفتاری تفاوت وجود دارد؟

۳- آیا بین دانش آموزان رشته‌های نظری و مهارتی به لحاظ انواع اختلالات رفتاری تفاوت وجود دارد؟

۴- آیا بین دانش آموزان شهری و روستایی به لحاظ انواع اختلالات رفتاری تفاوت وجود دارد؟

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات توصیفی-مقطعی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش آموزان مقطع متوسطه منطقه بستان آباد در سال تحصیلی ۸۷-۸۸ بود که در مجموع، ۲۷۹۰ نفر دانش آموز را شامل می‌شد. پس از اخذ تعداد کل اعضای جامعه‌ی هدف، حجم نمونه بر اساس فرمول حجم نمونه کوکران و برآورد حداقل میزان خطا ($p=q=0/05$ ، $t=1/96$ ، $p < 0/05$)، به تعداد ۳۶۸ نفر محاسبه شد. که پس از حذف پرسش‌نامه‌های ناقص و تکمیل نشده، نمونه نهایی تحقیق، ۳۸۴ نفر بود. به منظور انتخاب روش نمونه‌گیری تحقیق، از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای نسبتی (سه‌می)، استفاده شد.

در این پژوهش از مقیاس مشکلات رفتاری آشنباخ (YSR) استفاده شد. این مقیاس یک فرم خود گزارشی است که به منظور سنجش مشکلات رفتاری نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ سال توسط آشنباخ و رسکولار (۲۸) طراحی شده است. این مقیاس ۹ دسته از اختلالات رفتاری شامل: گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات بدنی، افسردگی/اضطراب، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار بزه‌کارانه، رفتار پرخاشگرانه و سایر مشکلات رفتاری (نافرمانی، ترس از مدرسه، ناخن جویدن، کابوس و...) را مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس شامل ۱۱۲ سوال بوده که به صورت سه گزینه‌ای (۰ - ۱ - ۲) نمره‌گذاری می‌شوند.

آشنباخ و رسکولار (۲۸) روایی مقیاس را با استفاده از شیوه تحلیل عامل و روش مؤلفه‌های اصلی، مطلوب بدست آوردند. پایایی مقیاس را نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۵۹ تا ۰/۸۶ و با استفاده از روش باز آزمایی ۰/۹۱ بدست آوردند. کریجن و همکاران (۱۹) فرم اولیه این مقیاس را به منظور بررسی مشکلات رفتاری نوجوانان در ۱۲ کشور مختلف اجرا کردند و روایی و پایایی آن را مطلوب گزارش دادند. اخیراً نیز این مقیاس در بررسی مشکلات رفتاری نوجوانان سوئدی (۲۹)، نروژی و فنلاندی (۲۰) بکار رفته است و روایی و پایایی آن مطلوب گزارش شده است.

در مجموع، ایزوتسا و همکاران (۲۳) با بررسی پژوهش‌های انجام شده با استفاده از مقیاس مشکلات رفتاری نوجوانان آشنباخ - فرم نوجوانان دریافتند که تاکنون این مقیاس در ۶۰ کشور دنیا به منظور بررسی مشکلات رفتاری نوجوانان استفاده شده و از کارآیی بالا و روایی و پایایی مطلوب برخوردار می‌باشد. در ایران، هنجاریایی و روایی و پایایی مقیاس مشکلات رفتاری آشنباخ مطلوب احراز شده است. در این راستا، آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۷ و ضریب پایایی باز آزمایی مقیاس ۰/۵۵ گزارش شده است (۲۸،۳۰).

تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش:

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نرم افزار آماری Spss17 و از روش‌های آمار توصیفی؛ میانگین و انحراف معیار و از روش آمار استنباطی؛ آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

توزیع گروه نمونه بر اساس جنسیت، رشته تحصیلی و منطقه محل سکونت به شرح زیر بود:

دختران، ۳۹/۳ درصد (۱۵۱ نفر)، و پسران، ۶۰/۷ درصد (۲۳۳ نفر) از گروه نمونه را تشکیل می‌دادند. دانش آموزان رشته‌های نظری ۶۱/۱۹ درصد (۲۳۵ نفر) و دانش آموزان رشته‌های مهارتی ۳۸/۸۱ درصد (۱۴۹ نفر) بودند. همچنین ۸۳/۶ درصد (۳۲۱ نفر)، اعضای گروه نمونه، شهری و ۱۶/۴ درصد (۶۳ نفر) روستایی بودند. سوال اول پژوهش بررسی انواع اختلالات رفتاری دانش آموزان دوره متوسطه منطقه بستان آباد بود. به منظور بررسی این سوال انواع اختلالات رفتاری شامل: (۱) گوشه‌گیری / افسردگی، ۲- افسردگی/اضطراب، ۳- شکایات جسمانی، ۴- مشکلات اجتماعی، ۵- مشکلات تفکر، ۶- مشکلات توجه، ۷ رفتار قانون شکنی، ۸- رفتار پرخاشگرانه و ۹- سایر مشکلات)، در کل گروه نمونه بررسی شد. نتایج این تحلیل در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

همان‌طور که از جدول شماره ۱ بر می‌آید، در بین کلیه دانش آموزان مقطع متوسطه بستان آباد، اختلالات رفتار پرخاشگرانه (میانگین = ۲۴/۵۴ و انحراف معیار = ۵/۱۹)، سایر مشکلات رفتاری (میانگین = ۲۱/۶۸ و انحراف معیار = ۳/۲۶) و رفتار قانون شکنی (میانگین = ۱۸/۹۵ و انحراف معیار = ۳/۴۲) از بیشترین میزان شیوع و اختلال شکایات جسمانی (میانگین = ۹/۲۲ و انحراف معیار = ۲/۲۴) از کمترین میزان شیوع برخوردار می‌باشند.

جدول شماره (۱): انواع اختلالات رفتاری دانش آموزان دوره متوسطه منطقه بستان آباد

اختلالات روانی	میانگین	انحراف معیار
گوشه گیری/ افسردگی	۱۸/۷۴	۴/۰۲
افسردگی / اضطراب	۱۳/۴۹	۲/۸۳
شکایات جسمانی	۹/۲۲	۲/۲۴
مشکلات اجتماعی	۱۲/۱۷	۲/۳۷
مشکلات تفکر	۱۶/۰۷	۲/۴۳
مشکلات توجه	۱۴/۴۳	۲/۹۶
رفتار قانون شکنی	۱۸/۹۵	۳/۴۲
رفتار پرخاشگرانه	۲۴/۵۴	۵/۱۹
سایر مشکلات	۲۱/۶۸	۳/۲۶

سوال دوم پژوهش عبارت بود از این‌که آیا بین دانش آموزان دختر و پسر به لحاظ انواع اختلالات رفتاری تفاوت وجود دارد؟ نتایج در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول شماره (۲): مقایسه دانش آموزان دختر و پسر به لحاظ انواع اختلالات رفتاری

شاخص‌ها مؤلفه‌ها	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنی‌داری
گوشه گیری/ افسردگی	پسران	۱۸/۲۴	۳/۸۴	۳۸۲	-۲/۸۹	۰/۰۵
	دختران	۱۹/۵۱	۴/۲۰			
اضطراب/ افسردگی	پسران	۱۳/۲۶	۲/۸۶	۳۸۲	-۱/۷۸	NS
	دختران	۱۳/۸۳	۲/۷۲			
شکایات جسمانی	پسران	۹/۰۷	۲/۲۵	۳۸۲	-۱/۶۷	NS
	دختران	۹/۵۱	۲/۲۰			
مشکلات اجتماعی	پسران	۱۲/۰۶	۲/۳۳	۳۸۲	-۰/۹۳	NS
	دختران	۱۲/۳۰	۲/۴۳			
مشکلات تفکر	پسران	۱۵/۹۲	۳/۴۱	۳۸۲	-۱/۰۱	NS
	دختران	۱۶/۳۳	۳/۴۹			
مشکلات توجه	پسران	۱۴/۲۰	۳/۱۰	۳۸۲	-۱/۶۶	NS
	دختران	۱۴/۸۱	۳/۷۰			
رفتار قانون شکنی	پسران	۱۹/۲۸	۳/۷۹	۳۸۲	۲/۲۴	۰/۰۵
	دختران	۱۸/۴۴	۲/۷۰			
رفتار پرخاشگرانه	پسران	۲۴/۸۷	۵/۲۰	۳۸۲	-۱/۰۱	NS
	دختران	۲۴/۲۸	۵/۱۴			
سایر مشکلات	پسران	۲۰/۹۸	۳/۱۳	۳۸۲	-۵/۲۲	۰/۰۱
	دختران	۲۲/۷۱	۳/۲۲			

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که:

میزان شیوع اختلال رفتاری گوشه گیری / افسردگی در دختران بیشتر از پسران بوده (میانگین دختران = $19/51$ و میانگین پسران = $18/24$) و تفاوت بین دختران و پسران در این اختلال به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ($t=-2/89, p\leq 0/05$).
میزان شیوع اختلال رفتاری از نوع رفتار قانون شکنی در پسران بیشتر از دختران بوده (میانگین پسران = $19/28$ و میانگین دختران = $18/44$) و تفاوت بین پسران و دختران در این اختلال به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ($t=2/24, p\leq 0/05$).
میزان شیوع اختلال رفتاری از نوع سایر مشکلات (شامل؛ ترس از مدرسه، ناخن جویدن، کابوس و...) در دختران بیشتر از

پسران بوده (میانگین دختران = $22/71$ و میانگین پسران = $20/98$) و تفاوت بین دختران و پسران در این اختلال به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ($t=-5/22, p\leq 0/01$).
بر اساس جدول مشخص می‌شود که بین دختران و پسران به لحاظ انواع دیگر اختلالات رفتاری شامل؛ اضطراب/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه و رفتار پرخاشگرانه، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.
سوال سوم پژوهش عبارت بود از این که آیا بین دانش آموزان رشته‌های نظری و مهارتی به لحاظ انواع اختلالات رفتاری تفاوت وجود دارد؟ نتایج در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول شماره (۳): مقایسه دانش آموزان رشته‌های نظری و مهارتی به لحاظ انواع اختلالات رفتاری

شاخص‌ها مؤلفه‌ها	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنی‌داری
گوشه گیری / افسردگی	نظری	۱۸/۶۷	۴/۰۴	۳۸۲	-۰/۲۵	NS
	مهارتی	۱۸/۷۸	۴/۰۱			
اضطراب / افسردگی	نظری	۱۳/۳۶	۳/۰۰	۳۸۲	-۱/۰۱	NS
	مهارتی	۱۳/۶۷	۲/۴۹			
شکایات جسمانی	نظری	۹/۱۲	۲/۲۵	۳۸۲	-۱/۰۲	NS
	مهارتی	۹/۳۹	۲/۲۲			
مشکلات اجتماعی	نظری	۱۱/۹۶	۲/۴۲	۳۸۲	-۱/۵۶	NS
	مهارتی	۱۲/۲۷	۲/۲۶			
مشکلات تفکر	نظری	۱۶/۰۵	۳/۵۶	۳۸۲	-۰/۰۸	NS
	مهارتی	۱۶/۰۹	۳/۲۲			
مشکلات توجه	نظری	۱۴/۱۰	۳/۰۸	۳۸۲	-۱/۴۵	NS
	مهارتی	۱۴/۵۹	۳/۶۹			
رفتار قانون شکنی	نظری	۱۸/۴۸	۳/۳۸	۳۸۲	-۱/۰۱	NS
	مهارتی	۱۹/۰۱	۳/۳۷			
رفتار پرخاشگرانه	نظری	۲۴/۷۳	۵/۲۳	۳۸۲	-۱/۶۳	NS
	مهارتی	۲۵/۰۹	۵/۰۷			
سایر مشکلات	نظری	۲۱/۸۸	۳/۳۰	۳۸۲	-۰/۹۶	NS
	مهارتی	۲۲/۱۴	۳/۲۰			

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که به لحاظ انواع اختلالات رفتاری، بین دانش آموزان رشته‌های نظری و رشته‌های مهارتی، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

سوال چهارم پژوهش عبارت بود از اینکه آیا بین دانش آموزان شهری و روستایی به لحاظ انواع اختلالات رفتاری تفاوت وجود دارد؟ نتایج در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول شماره (۴): مقایسه دانش آموزان شهری و روستایی به لحاظ انواع اختلالات رفتاری

شاخص‌ها مؤلفه‌ها	گروه	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنی‌داری
گوشه گیری/افسردگی	شهری	۱۹/۷۵	۴/۰۷	۳۸۲	-۲/۹۱	۰/۰۵
	روستایی	۱۸/۲۸	۳/۷۰			
اضطراب/افسردگی	شهری	۱۳/۴۹	۲/۸۴	۳۸۲	-۰/۱۵	NS
	روستایی	۱۳/۴۳	۲/۷۰			
شکایات جسمانی	شهری	۹/۱۲	۲/۱۹	۳۸۲	۱/۶۰	NS
	روستایی	۹/۶۳	۲/۳۹			
مشکلات اجتماعی	شهری	۱۲/۱۰	۲/۴۱	۳۸۲	۰/۸۶	NS
	روستایی	۱۲/۳۹	۲/۱۴			
مشکلات تفکر	شهری	۱۶/۰۴	۳/۵۴	۳۸۲	۰/۳۴	NS
	روستایی	۱۶/۲۰	۲/۹۵			
مشکلات توجه	شهری	۱۴/۰۸	۲/۹۵	۳۸۲	-۱/۰۳	NS
	روستایی	۱۴/۱۰	۳/۰۷			
رفتار قانون شکنی	شهری	۱۹/۰۵	۳/۵۵	۳۸۲	-۱/۱۲	NS
	روستایی	۱۸/۵۵	۲/۸۶			
رفتار پر خاشک‌گرانه	شهری	۲۴/۷۴	۵/۳۱	۳۸۲	-۱/۹۳	۰/۰۵
	روستایی	۲۳/۲۵	۴/۲۶			
سایر مشکلات	شهری	۲۱/۷۵	۳/۳۶	۳۸۲	-۱/۰۹	NS
	روستایی	۲۱/۲۵	۲/۸۲			

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که:

تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی و سایر مشکلات رفتاری، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع و فراوانی اختلالات رفتاری دانش آموزان مقطع متوسطه منطقه بستان آباد بود. علاوه به راین مرور ادبیات تحقیق بیانگر تأثیر برخی متغیرها نظیر جنسیت، محل سکونت و رشته تحصیلی، بر اختلالات رفتاری بود. لذا تعیین ارتباط متغیرهای مزبور با اختلالات رفتاری نیز مورد مطالعه قرار گرفت. بر این اساس نتایج بدست آمده متناسب با سوالات پژوهش به شرح زیر می‌باشد:

سوال اول پژوهش بررسی انواع اختلالات رفتاری دانش آموزان دوره متوسطه منطقه بستان آباد بود. نتایج نشان داد که در کل گروه نمونه، اختلالات رفتار پر خاشک‌گرانه (میانگین = ۲۴/۵۴ و انحراف معیار = ۵/۱۹)، سایر مشکلات رفتاری (میانگین = ۲۱/۶۸ و

۱- میزان شیوع اختلال رفتاری گوشه گیری / افسردگی در دانش آموزان شهری بیشتر از دانش آموزان روستایی بوده (میانگین دانش آموزان شهری = ۱۹/۷۵ و میانگین دانش آموزان روستایی = ۱۸/۲۸) و تفاوت بین دانش آموزان شهری و روستایی در این اختلال به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ($t = -2/91, p \leq 0/05$).

۲- میزان شیوع اختلال رفتاری از نوع رفتار پر خاشک‌گرانه در دانش آموزان شهری بیشتر از دانش آموزان روستایی بوده (میانگین دانش آموزان شهری = ۲۴/۷۴ و میانگین دانش آموزان روستایی = ۲۳/۲۵) و تفاوت بین دانش آموزان شهری و روستایی در این اختلال به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ($t = -1/93, p \leq 0/05$).

۳- بر اساس جدول مشخص می‌شود که بین دانش آموزان شهری و روستایی به لحاظ انواع دیگر اختلالات رفتاری شامل؛ اضطراب/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات

انحراف معیار = $3/26$ و رفتار قانون شکنی (میانگین = $18/95$ و انحراف معیار = $3/42$) از بیشترین میزان شیوع و اختلال شکایات جسمانی (میانگین = $9/22$ و انحراف معیار = $2/24$) از کمترین میزان شیوع برخوردار می‌باشند.

این یافته با نتایج یافته‌های موفوتسایانا (۲۲) و کرایگ و همکاران (۳۱) همسو می‌باشد. موفوتسایانا (۲۲) در پژوهش خود دریافت که رفتارهای پرخاشگرانه و رفتارهای قانون شکنانه به ترتیب با ۴۸ درصد و ۴۱/۸ درصد، از شایع‌ترین مشکلات رفتاری نوجوانان می‌باشند. کرایگ و همکاران (۳۱) نیز در پژوهشی بین فرهنگی که بر روی نوجوانان ۳۵ کشور انجام دادند، دریافتند که پرخاشگری به عنوان یکی از مشکلات شایع و آشکار در نوجوانان این کشورها، مطرح می‌باشد.

آنچه درخصوص این یافته حائز اهمیت است، آن است که پرخاشگری و رفتارهای قانون شکنی که در بین دانش آموزان مقطع متوسطه بستان آباد از بیشترین میزان شیوع برخوردار می‌باشند، همگی به لحاظ ماهیت؛ رفتارهای نامناسب قلمداد شده که علاوه بر ایجاد مشکل برای خود فرد نوجوان، می‌تواند مشکلاتی را برای اطرافیان و افرادی که با آن‌ها در ارتباط هستند نیز ایجاد نماید. این اختلالات رفتاری (پرخاشگری و رفتار قانون شکنی) ممکن است برای نوجوان مشکلاتی را به لحاظ قانونی ایجاد نموده و بدین سبب مانع ادامه تحصیل و رشد مناسب وی گردند. علاوه بر این، چنین مشکلات رفتاری، ممکن است زمینه ساز ایجاد بزه کاری و رفتارهای مخرب دیگر نیز در نوجوانان گردد. به زعم چنگ - فانگ و همکاران (۲۵) درگیر شدن نوجوانان در رفتارهای پرخاشگرانه می‌تواند به ایجاد و تشدید مشکلات رفتاری جدید در آن‌ها کمک نماید (۲۵) که آن‌ها نیز به نوبه خود و به صورتی باثبات به دوره‌های بعدی زندگی نوجوان منتقل می‌شوند (۳۲). بدین لحاظ پیشنهاد می‌شود که چاره اندیشی در خصوص کاهش مشکلات رفتاری فوق‌الذکر در اولویت برنامه‌های مدیریت آموزش و پرورش بستان آباد قرار گیرد.

سوال دوم پژوهش عبارت بود از اینکه آیا بین دانش آموزان دختر و پسر به لحاظ انواع اختلالات رفتاری تفاوت وجود دارد؟ نتایج نشان داد که میزان شیوع اختلال رفتاری گوشه گیری / افسردگی در دختران بیشتر از پسران، اختلال رفتار قانون شکنی در پسران بیشتر از دختران و سایر مشکلات رفتاری (شامل: ترس از مدرسه، ناخن جویدن، کابوس و...) در دختران بیشتر از پسران بوده است. بررسی دقیق‌تر این مشکلات نشان می‌دهد که این مشکلات در دو دسته کلی شامل اختلالات رفتاری درونی سازی (افسردگی/گوشه گیری، سایر مشکلات رفتاری) و اختلالات رفتاری برونی سازی (رفتار قانون شکنی) قابل تفکیک می‌باشند. بر اساس

این طبقه بندی مشخص می‌شود که مشکلات رفتاری درونی سازی در دختران و مشکلات رفتاری برونی سازی در پسران بیشتر می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام گرفته مبنی بر تفاوت میزان شیوع اختلالات رفتاری در دختران و پسران همسو می‌باشد (۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۳۳).

صرف‌نظر از هم‌خوانی این یافته با پژوهش‌های دیگر، این یافته ضرورت مداخلات و اقدامات آموزشی جهت کاهش مشکلات رفتاری دانش آموزان مقطع متوسطه بستان آباد را با توجه به رویکرد جنسیتی نشان می‌دهد؛ به عبارت دیگر، در حالی که باید برای درمان و کاهش مشکلات رفتاری پسران بر روی رفتارهای قانون شکنی تمرکز کرد، در دختران باید بر کاهش مشکلات درونی سازی شده نظیر؛ گوشه گیری و افسردگی و سایر مشکلات رفتاری (ترس، ناخن جویدن و...) تمرکز نمود.

سوال سوم پژوهش عبارت بود از اینکه آیا بین دانش آموزان رشته‌های نظری و مهارتی به لحاظ انواع اختلالات رفتاری تفاوت وجود دارد؟ نتایج نشان داد که به لحاظ انواع اختلالات رفتاری، بین دانش آموزان رشته‌های نظری و مهارتی، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. به عبارت دیگر در این سوال مشخص شد که تفاوت‌های تحصیلی نمی‌تواند به عنوان عاملی تأثیر گذار در ایجاد و تشدید اختلالات رفتاری مطرح باشد.

سوال چهارم پژوهش عبارت بود از اینکه آیا بین دانش آموزان شهری و روستایی به لحاظ انواع اختلالات رفتاری تفاوت وجود دارد؟ نتایج نشان داد که میزان شیوع اختلال رفتاری گوشه گیری / افسردگی و رفتار پرخاشگرانه در دانش آموزان شهری بیشتر از دانش آموزان روستایی می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های تاکانو و همکاران (۲۶) و دوایری و منشار (۲۷) همسو می‌باشد. در مجموع، در تبیین این یافته که چرا نوجوانان روستایی اختلالات رفتاری کم‌تری نسبت به نوجوان شهری دارند می‌توان به نظرات و پژوهش‌های ذیل (۳۴، ۲۷، ۳۵) استناد نمود.

هارفام (۱۹۹۴) معتقد است که شهرنشینی به ویژه در کشورهای در حال توسعه از طریق تغییرات اجتماعی سریع، کاهش کنترل اجتماعی، ایجاد ناپیوستگی اجتماعی بین افراد و کم رنگ نمودن ارتباطات اجتماعی افراد، بهداشت روانی افراد جامعه به ویژه نوجوانان و جوانان را با خطر مواجه کرده است (۳۴).

لویک، دایبینگ و اسمت (۱۹۹۶) نیز معتقدند که شهرنشینی با میزان بیشتر مشکلات تنفسی، بیماری‌های قلبی - عروقی و فشارخون و مشکلات بهداشت روانی مرتبط است (۳۵).

دوایری و منشار (۲۰۰۶) در تبیین تفاوت‌های نوجوانان شهری و روستایی، خاطر نشان می‌سازند که نوجوانان روستایی پیوندهای عمیق‌تری با والدین خویش دارند، در حالی که فاصله نوجوانان

تحصیلات والدین و... به دلیل برخی موانع و گستردگی کار وجود نداشت که این موضوع می‌تواند نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. در منطقه‌ی بستان آباد به ویژه در مناطق روستایی برخی دختران در دوران دبیرستان ازدواج می‌کنند که تأثیر این موضوع بر نتایج پژوهش حاضر کنترل نگردد.

در مجموع، نتایج حاصل از پژوهش حاضر ضرورت توجه به اختلالات رفتاری دانش آموزان دوره متوسطه منطقه بستان آباد را نشان داد. پژوهش حاضر از جمله پژوهش‌های همه گیر شناسی بود و نتایج آن، می‌تواند به منظور انجام مداخلات درمانی و مشاوره‌ای مورد استفاده قرار گیرد. در این راستا لازم است که با توجه به تأثیر تفاوت‌های جنسیتی و سکونت (شهری و روستایی) در نوع اختلالات رفتاری دانش آموزان، اقدامات درمانی خاصی برای هر گروه (دختر یا پسر و شهری و روستایی) صورت گیرد.

شهری با والدینشان زیاده‌تر و میزان صمیمیت آن‌ها کم‌تر می‌باشد و این موضوع می‌تواند منجر به کاهش انواع اختلالات روانی و رفتاری در آن‌ها نسبت به نوجوانان شهری گردد. این محققان معتقدند که پیوند نوجوانان روستایی با والدینشان بیشتر از نوع پیوندهای عاطفی است در حالی که این پیوند در بین نوجوانان شهری بیشتر از نوع پیوندهای مالی می‌باشد (۲۷).

علی‌رغم نقاط قوت پژوهش حاضر از جمله شیوه‌ی نمونه گیری نسبتی و حجم نمونه‌ی بالا، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز به شرح زیر داشت:

نمونه آماری این تحقیق، از منطقه بستان آباد و دانش آموزان دوره متوسطه انتخاب شده بود لذا در تعمیم نتایج به سایر شهرها و استان‌ها و همچنین مقاطع مختلف تحصیلی با محدودیت مواجه بود. در این پژوهش امکان هم‌تاسازی و همگن نمودن آزمودنی‌های دو گروه از نظر هوش، پایگاه اقتصادی و اجتماعی خانواده، سطح

References:

1. Biabangard I. Ways to prevent academic failure. 2nd Ed. Tehran: Parents Association Publications; 2001. (Persian)
2. Nightingale E, Fischhof M. Adolescent risk and vulnerability. J Adoles Health 2003; 11:3-9.
3. Rahmani F, Sayed Fatemi N, Mahien BR, Sedaghat K, Fathiazar E. Related of educational methods of Parents with behavioral problems of children. J Thought Behav 2005; 4(63): 365-70. (Persian)
4. Goldstein M, Heaven P. Perception of the family, delinquency and emotional adjustment among youths. J Pers Individ Differ 2000; 20:1169-78.
5. Shokouhi Yekta M, Parand A. Behavioral disorders in children and adolescents. Tehran: Taymoorzadeh; 2005. (Persian)
6. Pandina GJ, Bilder RH, Harvey PD, Keefe SE, Aman MG, Gharabawi R. Risperidone and cognitive function in children with disruptive behavior disorders. Biol Psychiatry 2007; 91(3): 386-98.
7. Gaoni L, Black C, Baldwin S. Defining adolescent behavior disorder: an overview. J Adolescence 1998; 21:1-13.
8. Burke JD, Loeber R, Lahey B, Rathouz PJ. Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. J Child Psychol Psychiatry 2005; 46(11): 1200-10.
9. Michael KD, Crowley SL. How effective are treatments for child and adolescent depression? a meta analytic review. Clin Psychol Rev 2002; 22: 247-69.
10. DiMarco MA, Melnyk B. The mental health needs of children and adolescents. Arch Psychiat Nurs 2009; (4): 334-6.
11. World Health Organization. Mental health for adolescents. Geneva: The Institute; 2007.
12. Annisi J, Salimi, SH, Mirzmani SM, Raiesi F, Niknam M. Study of adolescent behavioral problems. J Behav Sci 2007; 1(170): 162-3. (Persian)
13. Kashkooli Gh. Epidemiology of behavioral disorders in elementary school children, city of Bushehr (Dissertation). Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2000. (Persian)
14. Mehrabi HA. Prevalence of behavioral disorders in primary school students in Isfahan: research report. Isfahan: Education Organization; 2005. (Persian)

15. Khoshabi K, Moradi S, Shojaie S, Hemmati G, Dehshiri GH, Issavar A. Prevalence of behavioral disorders in primary school students in Ilam province. *J Rehabil* 2007; 8(33): 33-28. (Persian)
16. Ghiasi N, Nazarpour F, Takhti F Poornajaf A, Shirini Kh. Prevalence of behavioral disorders in boys and girls 84-85 years of school in the city of Ilam. *Ilam J Med Sci* 2009;16(1): 26-32. (Persian)
17. Crijnen, AA, Achenbach TM, Verhulst FC. Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing, and internalizing. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:1269-77.
18. Rabbani MG, Hossain MM. Behavior disorders in urban primary school children in Dhaka, Bangladesh. *Public Health* 1999; 113: 233-6.
19. Sourander HL. Self-reported competence and emotional and behavioral problems in a sample of Finnish adolescents. *Nord J Psychiatry* 2001; 55:381-5.
20. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the future national survey results on drug use, 1975-2007. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan; 2011. P. 744.
21. Hunt N, Marshal K. Exceptional children and youth. 3rd Ed. New York: Wiley; 2002.
22. Craig PW, Harel W, Weizman Y, Ratzoni R, Har-Even GD. HBSC violence and injuries writing group. *Pediatrics* 2010; 116:855-63.
23. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47(3-4): 313-37.
24. Moffitt TE, Caspi A, Rutter M, Silva PA. Sex differences in antisocial behavior: conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin Longitudinal Study. Cambridge, England: Cambridge University Press; 2001.
25. Mofutsanyana ME. The effect of interventions strategies using by teacher on learners who display behavioral an emotional disorders in some school in the South Africa (Dissertation). Canada: Concordia University; 2003.
26. Izutsu T, Tsutsumi A, Islam A, Kato S, Wakai S, Kurita H. Mental health, quality of life, and nutritional status of adolescents in Dhaka, Bangladesh: Comparison between an urban slum and a non-slum area. *Soc Sci Med* 2006; 63: 1477-88.
27. Wetter EK. Negative emotion reactivity as a trait vulnerability to depression in adolescent: a remitted depression study of adolescent (Dissertation). USA: University of South Carolina; 2010.
28. Cheng-Fang Y, Chih-Hung K, Ju-Yu Y, Tze-Chun, Yu-Ping C, Chung-Ping C. Internalizing and externalizing problems in adolescent aggression perpetrators, victims, and perpetrator-victims. *Compr Psychiat* 2010; 51:42-8.
29. Takano T, Nakamura K, Watanabe M. Increased female drinking in accordance with post-industrial urbanization in Japan. *Alcohol Alcoholism* 1996; 31: 41-9.
30. Dwairya M, Kariman E, Menshar KE. Parenting style, individuation, and mental health of Egyptian adolescents. *J Adolescence* 2006; 29: 103-7.
31. Kakabraie K, Habibi askrabad M, Fadaie Z. standardization Eschenbach scale problem behaviors: 18-11 years of high school students on self-reporting form. *Res Psychol Health* 2007; 1(4): 50-66. (Persian)
32. Broberg AG, Ekeroth K, Gustafsson PA, Hansson K, Hagglof B, Ivarsson T et al. Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study of the YSR. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001; 10:186-93.

33. Minaie A. Adaptation and standardization Eschenbach child scale problem behaviors, self-evaluation questionnaires and teacher report form. *J Excep Child* 2006; 6(1): 539-58. (Persian)
34. Park NS, Lee BS, Sun F, Vazsonyi AT, Bolland JM. Pathways and predictors of antisocial behaviors in African American adolescents from poor neighborhoods. *Child Youth Serv Rev* 2010; 32:409-15.
35. Honkalampia K, Tolmunenc T, Hintikkad J, Rissanena M, Kylmäe J, Laukkanenc E. The prevalence of alexithymia and its relationship with youth self report problem scales among Finnish adolescents. *Compr Psychiat* 2009; 50:263-8.
36. Harpham T. Urbanization and mental health in developing countries: a research role for social scientists, public health professionals and social psychiatrists. *Soc Sci Med* 1994; 39: 233-45.
37. Lovik M, Dybing E, Smith E. Environmental chemicals and respiratory hypertension: a synopsis. *Toxicol Lett* 1996; 86: 211-22.